

TRANSFERT INTERHOSPITALIER POUR EMBOLISATION D'UNE PATIENTE AYANT UNE HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

Philippe DOMINGUES (IADE)
Frédéric LAPOSTOLLE (anesthésiste réanimateur)
SAMU 93 -Hôpital Avicenne
125, route de Stalingrad – 93000 BOBIGNY
philippe.domingues@avc.aphp.fr

INTRODUCTION :

L'organisation des SAMU/SMUR est particulièrement bien adaptée à ce transfert inter hospitalier (TIH) ou transport « secondaire » car les équipes sont disponibles 24 heures sur 24.

Ce TIH concerne une femme jeune en état de choc hémorragique qu'il faut donc considérer comme une urgence vitale, ce qui impose de ne pas différer ce transport. En effet, l'HDD reste la première cause de mortalité maternelle en France.

Nous n'envisagerons pas dans cet exposé le cas de l'hémorragie de la délivrance (HDD) survenant lors d'un accouchement inopiné à domicile.

INDICATION :

Il s'agit d'un TIH vers un centre multidisciplinaire spécialisé pour embolisation des artères utérines et ovariennes.

La plupart du temps, un état hémodynamique précaire associé à une hémorragie active sont des contre-indications au transport. Dans ce cas précis, le transfert de ces patientes est impératif du fait de l'inexistence de structure appropriée à sa prise en charge sur place (service de réanimation, plateau technique de radiologie vasculaire, laboratoires, banque du sang...) après un échec de traitement pharmacologique et/ou chirurgical associé à des troubles majeurs de la coagulation. Ce TIH est donc « l'ultime recours » pour la patiente.

La seule contre-indication à ce TIH est donc une inefficacité circulatoire malgré la réanimation.

REGULATION :

C'est une étape clé d'un TIH réussi. Le dialogue avec les services demandeur et receveur permet au médecin régulateur de faire le point sur l'état de la patiente afin de déterminer si le transport est possible : déroulement de l'accouchement, traitements reçus et en cours, résultats des examens de biologie, mise en condition actuelle, état hémodynamique, L'hémorragie est-elle jugulée ?

Le médecin régulateur, en concertation avec ses confrères (demandeur et transporteur) doit anticiper une demande de produits sanguins labiles (PSL) afin que l'équipe SMUR en dispose dès son arrivée dans la structure de départ et pendant le transport.

Il doit également décider du type de vecteur en fonction des distances, de l'état de la patiente, de la météo et des conditions de circulation. Il choisit l'hélicoptère ou une Unité Mobile Hospitalière, avec ou sans escorte policière par des motards afin d'optimiser le temps de transport.

Il lui faut aussi s'assurer que la patiente est bien attendue par l'ensemble des équipes du centre receveur : radiologues, anesthésistes réanimateurs et gynécologues-obstétriciens.

PRISE EN CHARGE INITIALE DANS LE SERVICE DEMANDEUR PAR LE SMUR :

Ce temps est le plus court possible mais non négligé. Une prise en charge méthodique et minutieuse permet un TIH dans de bonnes conditions.

Le médecin, après avoir reçu les transmissions de son collègue, effectue un examen complet de la patiente afin de décider si le TIH est possible ou pas.

Une fois que la décision est prise, l'IADE, aidé par l'ambulancier, procède à la mise en place du monitoring et s'assure de la bonne fixation et de la perméabilité de toutes les prothèses : voies veineuses, sonde vésicale, sonde d'intubation, sonde gastrique. Il vérifie aussi que les voies veineuses périphériques (VVP) sont de gros calibre (14 ou 16G) pour pouvoir poursuivre le remplissage et/ou la transfusion si nécessaire. Dans le cas contraire, ne pas hésiter à reposer une VVP.

Un dosage de l'hémoglobine par méthode capillaire (Hémocue®) est réalisé sur place avant de partir.

En fonction de l'état hémodynamique de la malade et de sa tolérance clinique, le médecin transporteur décide de la poursuite ou de la modification du traitement :

- transfusion de PSL : culots globulaires (CGR) pour corriger l'anémie et améliorer l'oxygénation tissulaire, plasma viro-inactivé pour corriger les troubles de la coagulation.
- catécholamines : pour soutenir la fonction cardiaque. Leur utilisation ne peut se substituer à la transfusion.
- pose d'une pression artérielle sanglante pour surveiller en continu la pression artérielle (PA). Ce geste ne doit pas retarder le départ vers la structure spécialisée.

- intubation – ventilation : obligatoire seulement si l'hémorragie est grave ou si s'installent une détresse respiratoire et/ou troubles de la conscience, afin de ne pas faire disparaître les réflexes de stimulation sympathique qui contribuent à maintenir une pression de perfusion tissulaire. L'intubation est faite en séquence rapide sous étomidate et succinylcholine selon les recommandations en vigueur. La patiente est alors sédaturée par morphinique et benzodiazépine en adaptant les doses selon l'état hémodynamique, une curarisation peut parfois s'avérer nécessaire.
- prostaglandine : utilisation du sulprostone en seringue électrique sans jamais faire de bolus (risque d'hypotension ++).

Si la patiente est porteuse d'un cathéter pour anesthésie péridurale, il ne faut pas le retirer. Son retrait expose la patiente à un risque de brèche de la dure-mère. Il peut, de plus, servir ultérieurement pour l'analgésie.

La patiente est ensuite installée sur le brancard sur lequel est prépositionné le pantalon antichoc, même s'il n'est pas gonflé d'emblée.

L'IADE et le médecin s'assurent que le dossier médical qui leur est remis est complet et comporte au minimum le compte rendu de l'accouchement, les derniers bilans biologiques, le dossier transfusionnel et la feuille de surveillance. Une photocopie du dossier obstétrical et du dossier d'anesthésie est très appréciée.

TRANSPORT :

Le brancardage doit être le plus horizontal possible. Comme il existe toujours un risque de désamorçage de la pompe cardiaque, il faut être attentif lors de la montée et de la descente du brancard de l'ambulance.

La conduite est fluide et sans à-coup, d'où l'importance d'une escorte motards à qui il faut donner des consignes claires et précises : la vitesse n'est pas la priorité et l'itinéraire est choisi après concertation avec l'ambulancier.

Durant le transport, le binôme IADE-médecin assure la surveillance de la patiente, note à intervalle de temps régulier les constantes sur la fiche d'observation et complète le dossier transfusionnel si besoin.

Il veille aussi à la poursuite et à la surveillance des thérapeutiques en cours : remplissage, transfusion, catécholamines, ventilation....

Il s'assure que les VVP demeurent perméables, qu'aucun robinet 3 voies n'est fermé, que la sonde d'intubation ne s'est pas déplacée.

Les PSL non utilisés sont placés dans un sac isotherme ou au réfrigérateur afin d'assurer la continuité de la chaîne du froid et de conserver leurs propriétés.

Le médecin tient la régulation informée de l'état de la patiente et de toute modification significative afin que le service receveur soit prêt à son accueil.

ARRIVEE DANS LE SERVICE RECEVEUR :

Si l'état hémodynamique est stabilisé, la patiente est prise en charge au sas de déchoquage de la salle de surveillance post-interventionnelle ou en réanimation selon la structure d'accueil.

Si l'état hémodynamique est instable et l'hémorragie toujours active, il est licite d'emmener la patiente directement en salle de radiologie interventionnelle.

Des transmissions écrites et orales sont faites par le médecin et l'IADE à leurs collègues respectifs. Il est notamment fait état de la quantité de PSL et de produits de remplissage vasculaires reçus par la patiente depuis le début de sa mise en condition dans la structure demandeuse. Les dossiers médicaux et transfusionnels sont donnés ainsi que les PSL non transfusés en expliquant que leur transport a obéi à toutes les règles de bonne pratique, afin de permettre leur utilisation par le service receveur et éviter qu'ils soient détruits.

Toute l'équipe participe à l'installation de la patiente dans le lit du service receveur : brancardage, monitoring...

Ensuite, le matériel ayant servi au transport (pantalon anti choc, brancard, câble ECG ...) doit être nettoyé, désinfecté et rangé. Les valises primaires sont reconstituées si besoin, ainsi que le kit « pression artérielle sanglante ».

CONCLUSION :

La prise en charge des formes graves d'HDD impose la mise en œuvre de moyens humains et matériels de plus en plus importants.

L'équipe assurant le TIH doit être rompue à la prise en charge de patients en état de choc hémorragique.

La transfusion de PSL doit pouvoir être réalisée pendant le TIH de façon optimale. Pour cela, les règles de bonnes pratiques transfusionnelles sont respectées et le dossier transfusionnel complété pour assurer la traçabilité des différents produits.

Seule l'inefficacité circulatoire est une contre-indication à ce type de TIH et impose en urgence une chirurgie d'hémostase sur place.

La régulation du TIH évite l'improvisation et permet d'anticiper sur les besoins en PSL.

La mise en condition, avec notamment remplissage, transfusion, catécholamines et ventilation contrôlée, permet de transporter rapidement et en toute sécurité des patientes instables hémodynamiquement, avec une HDD parfois encore active, vers un centre multidisciplinaire spécialisé.

BIBLIOGRAPHIE :

- RIOU B. - Pantalon antichoc – Urgences médico-chirurgicales de l'adulte – Arnette, 1991.
- Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts inter hospitaliers - SFAR 1992.
- PALOT M. - les urgences hémorragiques obstétricales – JEPU, 1992.
Recommandations concernant le rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état – SFAR, 1995.
- PROVOST N. – Les urgences hémorragiques obstétricales – EPU, 1999.
- ROZENBERG A. – Prise en charge pré hospitalière des hémorragies graves de la délivrance – MAPAR, 1999.
- Recommandations concernant les modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière – SFAR, 1999.
- Recommandations concernant les modalités de la prise en charge médicalisée pré hospitalière des patients en état grave. - SFAR - SAMU de France, 2001.
- PLAISANCE P. - Prise en charge des états de choc : démarche pré hospitalière – Médecine d'urgence, SFAR, 2001.
- QUINOT JF. – Le pantalon antichoc a-t-il réellement une place dans le traitement du choc hémorragique ? Médecine d'urgence, SFAR, 2001.
- ROSSIGNOL M. – Le choc et la CIVD sont-ils des contre-indications au transfert ? VIIIe journée du club de périfoetologie, Paris, 2002.
- ROZENBERG A. – Prise en charge SMUR des pathologies liées à la grossesse – SAMU-SMUR et périnatalité, Journées scientifiques de SAMU de France, Bordeaux, 2003.
- ROSSIGNOL M. – Hémorragies graves du post-partum : problèmes organisationnels – Conférences d'actualisation, SFAR, 2004.
- Haute Autorité de Santé - Hémorragies du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique – ANAES, 2004